



トレーシングレポート (服薬情報提供書)

担当医： _____ 科 _____ 殿 報告日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

患者 ID： 患者名： (生年月日： _____)	保険薬局 名称・住所	
患者又は代諾者 からの同意	<input type="checkbox"/> 得た <input type="checkbox"/> 得ていない 代諾者続柄： _____	TEL： _____ FAX： _____
<input type="checkbox"/> この情報を伝えることに対し、患者の同意を得ておりませんが、治療上必要と考えられるため報告いたします。	担当薬剤師： _____	印

処方箋に基づき調剤し、薬剤を交付しました。

下記の通り、ご報告すべき点がございますので、ご高配賜りますようお願い申し上げます。

分類	<input type="checkbox"/> ポリファーマシーに伴う減薬の提案 <input type="checkbox"/> 経口抗がん薬の適正使用 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 副作用疑い <input type="checkbox"/> OTC・サプリメント <input type="checkbox"/> 処方内容（上記の減薬以外）に関連した提案 <input type="checkbox"/> 残薬調整 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
【上記選択肢の詳細な内容】	
【薬剤師としての所見・提案事項】	

<注意> この FAX による伝達・情報提供は、**疑義照会ではありません。**

(注：この様式は一例です。汎用されている他の様式をご使用いただいても結構です。)